



Sportorthopädie - Chirurgie - Durchgangsarzt

Dietmar Baumann

Hindenburgstr. 29 72555 Metzingen Tel: 07123/9571130 Fax: 07123/9571135
info@chirurgie-baumann.de

Fragebogen - Kassenpatient

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PZL / Wohnort: _____

Krankenversicherung: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Handynummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____

Krankheiten

Leiden Sie an:

- Herzprobleme
- Herzoperationen
- Herzinfarkt
- Schrittmacher
- Bluthochdruck
- Schlaganfall
- Asthma
- Diabetes mellitus
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS) _____
- Allergien

Welche: _____

Sonstige Krankheiten: _____

keine

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinische Daten auf Anfrage an folgende Personen/Institutionen:

- Hausarzt/Kinderarzt
- Mit- und weiterbehandelnde Ärzte
(z. B. Labor, Radiologie, Pathologie, Krankenhaus)

weitergeleitet werden dürfen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass folgenden Personen (z.B. Lebenspartner/in, Kinder, Eltern) Auskunft gegeben werden darf:

- Nein Ja, welche? _____

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter